45

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Novembre 1908 à 1 heure

PAR

Maurice MOSQUERON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES ABCÈS AIGUS DU SEIN

L'INCISION THORACO-MAMMAIRE

Président : M. RECLUS, *professeur*

Juges : MM. SEGOND, *professeur*
PIERRE DUVAL, *agrégé*
LECENE, *agrégé*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE, Éditeur
15, Rue Racine, 15

1908

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et **Chimie générale**	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD / DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM / DIEULAFOY / DEBOVE / LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU / BERGER / RECLUS / SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD / BAR / RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERD.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef des travaux anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Chirurgien de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Respectueux hommage

A MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

Chirurgien de Lariboisière
Chirurgien des asiles de la Seine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Témoignage de bien vive gratitude
et de respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

(Enfants-Malades, 1904-1905)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Membre de l'Académie de Médecine

(Hôtel-Dieu 1905-1906)

MONSIEUR LE DOCTEUR PICQUÉ

(Bichat, 1906-1907)

(Lariboisière, 1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON

(Bichat, 1907-1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

Membre de l'Académie de Médecine

MESSIEURS SICARD ET LŒPER

Professeurs Agrégés

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDET

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS HUE

Professeur de l'Ecole de Médecine de Rouen

A MESSIEURS LES DOCTEURS CROUZON, GRÉGOIRE, LE PLAY, LINNÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

Des abcès aigus du Sein

L'Incision Thoraco-Mammaire

INTRODUCTION

Pendant les deux années passées comme externe dans le service de notre excellent maître, le Dr Picqué, à Bichat et à Lariboisière, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas d'abcès du sein.

La fréquence de ces abcès a suscité depuis longtemps quantité de travaux destinés à étudier un point obscur d'étiologie, de pathogénie ou de traitement. Au traitement des abcès aigus du sein sera consacré notre travail.

Après avoir tout d'abord retracé rapidement l'anatomie pathologique et l'évolution de la mammite aiguë, d'où découlent des données essentielles au

choix d'un traitement chirurgical, nous passerons en revue les différentes méthodes proposées par les auteurs jusqu'à ce jour.

Nous donnerons ensuite la description de la technique opératoire que nous avons toujours vu suivre dans le service de notre maître.

CLASSIFICATION DES ABCÈS AIGUS DU SEIN

De nombreuses classifications des abcès du sein ont été proposées par les différents auteurs. Mais d'une façon générale, depuis les travaux de Velpeau et de Chassaignac, on peut les diviser en deux grandes classes : les inflammations péri-glandulaires et les inflammations glandulaires proprement dites.

Les inflammations péri-mammaires comprennent elles-mêmes :

1° Les abcès du mamelon et de l'aréole ;

2° Les abcès du tissu cellulaire sous-cutané ;

3° Les abcès rétro ou postéro-mammaires.

Quant aux inflammations glandulaires, c'est le phlegmon intra-mammaire ou mastite proprement dite, encore appelé abcès canaliculaire ou galactophorite.

Enfin il faudrait ajouter le phlegmon total du sein ou panmastite, dans lequel il y a infiltration diffuse de tout l'organe, aussi bien du tissu glandulaire que du tissu cellulaire péri-mammaire.

Nous laisserons de côté ici les abcès de l'aréole et du mamelon, de même que les abcès isolés du tissu

cellulaire sous-cutané. Leur évolution très bénigne se termine en effet par une guérison rapide après incision.

Nous aurons en vue la mastite proprement dite et nous ne parlerons du phlegmon sous-cutané et du phlegmon postéro-mammaire qu'en tant que complications habituelles de l'inflammation glandulaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La mastite puerpérale paraît affecter indifféremment les deux côtés. En effet pour Deiss ce serait à droite qu'on la rencontrerait le plus souvent, alors que Winckel et Kœhler constatent un plus grand nombre de cas à gauche. Mais ce qui paraît bien plus intéressant à signaler, c'est qu'il n'est pas rare de voir les deux côtés atteints simultanément ou successivement, et cela dans un sixième des cas pour Delbet.

Par rapport à la glande, elle n'est jamais prise au début dans son entier. Il se forme un ou plusieurs foyers distincts dans un ou plusieurs lobes glandulaires, et ce sont surtout les lobes externes et inférieurs qui sont le plus fréquemment atteints. Souvent les lobes voisins sont envahis successivement et c'est ainsi que l'on a pu voir se développer des abcès tellement nombreux que Velpeau en a compté jusqu'à cinquante-deux sur le même sein. Comme la mamelle ne compte guère que dix-huit à vingt lobes, on peut se demander dans ces cas si certains de ces abcès n'occupent pas seulement quelques lobules d'un lobe

ou même à la fois le parenchyme et le tissu conjonctif environnant.

Dans la majorité des cas l'infection se fait par voie canaliculaire et la stase laiteuse incapable, comme on l'avait voulu autrefois, de produire à elle seule l'inflammation glandulaire, prédispose toutefois à cette inflammation en facilitant le transport des agents microbiens dans les conduits galactophores.

Période de début. — Les lésions anatomiques du début n'ont pas souvent été étudiées. Consistent-elles en une altération des canaux excréteurs comme semble l'indiquer le terme galactophorite créé par Budin?

Le point de départ n'est-il pas plus profond et n'y a-t-il point modification initiale du cul-de-sac glandulaire lui-même? C'est là une question qui n'est pas encore tranchée à l'heure actuelle.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence de la prolifération microbienne, il se produit une fermentation du lait. La lactose se transforme en acide butyrique et en acide lactique; la caséine se coagule et forme à l'intérieur des culs-de-sac glandulaires un réseau dont les mailles emprisonnent les agents pyogènes.

La paroi de l'acinus va alors subir d'importantes modifications et va se détruire très rapidement. Ses cellules épithéliales se gonflent, leur noyau devient de moins en moins colorable et finalement la cellule dégénérée tombe dans la cavité de l'acinus et disparaît.

Sur une coupe nous voyons le lobule, entouré de de sa gaine conjonctive, formé d'acini qui sont eux-

mêmes séparés les uns des autres par de minces cloisons conjonctives. De ces acini les uns nous apparaissent absolument intacts, d'autres présentent un tissu sécréteur en partie desquamé, d'autres enfin ne présentent plus aucune trace de cellules épithéliales. La cavité des acini est parfois vide, mais le plus souvent remplie d'un amas cellulaire où l'on peut distinguer à côté d'éléments méconnaissables, des leucocytes, des débris de l'épithélium mammaire, des globules de pus volumineux avec ou sans noyaux. En même temps le tissu conjonctif péri-acineux présente une infiltration considérable de globules blancs.

L'architecture du lobule encore conservée à ce stade, devient bientôt méconnaissable et se trouve remplacée par un tissu semblable au tissu de granulation. On y trouve des leucocytes et des cellules fines ramenées à l'état embryonnaire avec, entre ces éléments, de rares fibrilles conjonctives n'ayant pas encore été détruites par le processus inflammatoire. Puis les cloisons conjonctives envahies par les micro-organismes se détruisent et « à la place d'un lobule glandulaire, se forme un foyer purulent miliaire. » (*Delbet*).

Voyons maintenant ce qui se passe du côté des conduits excréteurs. Ils apparaissent remplis d'éléments analogues à ceux que nous avons trouvés dans les culs-de-sac glandulaires. Les cellules épithéliales cubiques qui les tapissent, apparaissent fusionnées par endroits et l'aspect devient celui d'une lame pro-

toplasmique unique parsemée de noyaux. Comme pour l'acinus, les cellules tombent en dégénérescence, leurs noyaux ne se colorent plus et le protoplasma se confond peu à peu avec les éléments qui obstruent la cavité du conduit. En même temps des cellules embryonnaires infiltrées apparaissent dans le tissu conjonctif péri-canaliculaire.

Des cellules embryonnaires abondantes se rencontrent autour des artères. Leur endothélium paraît gonflé, avec un noyau faisant saillie dans la lumière du vaisseau. La circulation s'y fait encore et on y rencontre des hématies et des leucocytes en plus grand nombre qu'à l'état normal.

Les veines apparaissent thrombosées et l'on y trouve des globules rouges, des leucocytes dégénérés et des granulations.

Quant aux ganglions et aux vaisseaux lymphatiques ils ne sont que rarement atteints dans l'abcès du sein. Chassaignac (1) dit n'avoir rencontré que 2 fois sur 11 cas, de l'engorgement des ganglions axillaires.

Période d'état. — Les petits foyers miliaires, que nous avons vus plus haut se former dans un même lobe, se réunissent entre eux et le lobe entier bientôt détruit se trouve transformé en caverne purulente. Cette poche irrégulière, anfractueuse, présente des diverticules, des logettes secondaires communiquant entre elles et séparées par des cloisons conjonctives

1. Chassaignac. *Traité de la suppuration*, t. II.

ncomplètes, restes du tissu conjonctif interlobulaire. L'ensemble de la caverne présente l'aspect d'une éponge imbibée de pus ; et sa paroi, formée d'une membrane granuleuse épaisse, arrête les microbes et oppose une barrière à l'extension de l'inflammation. Notons ici en passant l'intérêt que présente, au point de vue thérapeutique, la forme anfractueuse de ces cavernes, la présence de brides et de diverticules qui peuvent retenir le pus.

Dans certains cas, on constate au milieu de cette cavité purulente des amas de fongosités sphacélées et parfois même il nous est arrivé de trouver au cours de l'opération la paroi de l'abcès en voie de se sphacéler (obs. XI, XV, XXII).

Puis les cloisons disparaissent à leur tour, détruites par le pus qui tend à se faire jour soit à la peau, soit en arrière de la glande, selon la situation superficielle ou profonde de l'abcès. Cette tendance des abcès glandulaires à devenir sous-cutanés a été notée par Velpeau et Chassaignac qui en font d'ailleurs la conséquence de la disposition anatomique de la glande : « En effet, d'une part, la glande se composant de corpuscules séparés par du tissu cellulaire se prête mal à la formation de collections, de dépôts ; d'une autre part, les interstices fibro-celluleux servent pour ainsi dire de filtre aux liquides qui trouvent sous la peau des conditions tout à fait favorables à leur accumulation. Si, en même temps que les couches superficielles, les couches profondes se sont enflammées, l'abcès qui en résulte le plus habituel-

lement, rencontrant dans l'épaisseur de la glande un obstacle qui l'empêche de se porter au dehors, s'épanche en arrière dans le tissu cellulaire sous-mammaire. Supposons maintenant que le travail de suppuration ait continué à l'intérieur de la glande, il peut arriver que la collection purulente primitive se trouve à la fois en communication avec l'abcès sous-cutané et avec l'abcès postéro-mammaire. C'est aux collections de cette nature que M. Velpeau a donné le nom d'abcès en bouton de chemise (1). »

Parfois au lieu d'un abcès parenchymateux, cette variété en « bouton de chemise »reconnaît pour point de départ un phlegmon sous-cutané et plus fréquemment un phlegmon postéro-mammaire. La glande présente alors un canal tortueux faisant communiquer les deux collections superficielle et profonde.

Dans d'autres cas, au lieu de gagner le tissu cellulaire sous-cutané ou profond, le pus fuse entre les lobules qu'il écarte et ainsi se trouvent formées de nouvelles collections. Celles-ci communiquent plus ou moins directement entre elles ou avec le foyer principal.

Parfois encore, le même sein est simultanément porteur d'abcès multiples, abcès indépendants les uns des autres et disséminés au hasard, au lieu d'être systématiquement disposés sur le trajet d'un vaisseau lymphatique ou le long d'une traînée de tissu conjonctif.

---

1. Chassaignac. *Traité de la suppuration.*

Quelquefois enfin ces abcès apparaissent successivement et cela en très peu de temps. Velpeau a assisté à la formation de 30 abcès successifs sur le même sein en deux mois.

Tous ces abcès peuvent rester complètement isolés les uns des autres ou communiquer plus ou moins largement entre eux ; et l'on peut rencontrer sur le même sein à la fois plusieurs variétés d'abcès : superficiels, profonds, parenchymateux, en bouton de chemise.

Le sein transformé alors en une véritable éponge purulente est perforé de nombreux orifices qui laissent suinter du pus, du lait et dans certains cas des gaz dont la présence a pu parfois être constatée avant l'ouverture de l'abcès.

ÉVOLUTION

L'évolution de la mastite aiguë est des plus irrégulières, mais la marche de l'affection est ordinairement plutôt assez lente.

Tout à fait au début, alors que l'inflammation est localisée aux conduits galactophores, la résolution peut se produire soit d'une façon spontanée, soit à la suite de l'expression méthodiquement appliquée, comme nous le verrons plus loin à propos du traitement.

Mais une fois le pus formé, il tend à se faire jour, comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, soit en avant, soit en arrière de la glande.

Dans les cas favorables, une fois évacué, l'abcès tend à se fermer, les parois se couvrent de bourgeons charnus qui finissent par en combler la cavité, et l'épidermisation superficielle complète la cicatrisation.

Mais il n'en est, hélas ! que trop rarement ainsi. Nous avons dit la fréquence des abcès multiples. Parfois un assez long intervalle sépare l'apparition de ces foyers successifs, et alors qu'un abcès est presque cicatrisé, que l'on croit tout terminé,

une nouvelle collection apparaît en un autre point de la glande. Velpeau (1) cite jusqu'à 63 abcès sur le même sein. Il rapporte à ce propos le cas d'une paysanne qui, pendant quinze mois, a présenté presque toutes les semaines un ou plusieurs foyers nouveaux à chaque mamelle.

Si le deuxième abcès ne s'ouvre ou n'est incisé que huit jours après le premier, dit Velpeau, le troisième huit jours après et ainsi de suite, et s'il en survient quinze, vingt ou trente, comme on le voit fréquemment, ils pourront mettre plusieurs mois à se compléter, et comme chacun d'eux pris en particulier demande plusieurs semaines pour se tarir, il n'y a rien d'étonnant à voir tant de femmes n'en être pas guéries après deux ou trois mois de souffrances.

Le sein est tout déformé, présente de nombreuses bosselures, sa surface est recouverte de marbrures rougeâtres, violacées, au milieu desquelles on rencontre de nombreux orifices à bords amincis et déchiquetés ; il rappelle, selon l'expression de Velpeau, la forme d'une pomme d'arrosoir. Intérieurement la mamelle est creusée de cavernes, et la glande complètement détruite est changée en une véritable éponge purulente.

L'abcès arrivé à cet état, la suppuration persiste fort longtemps par suite de la formation de fistules parfois intarissables, fistules que l'on rencontre souvent aussi dans des cas de gravité bien moindre.

---

1. Velpeau. *Traité des maladies du sein.*

Enfin lorsque le pus est devenu sous-cutané, au lieu de s'ouvrir directement à la peau, il peut fuser vers l'aisselle, ou même, dit Chassaignac, vers l'hypocondre et l'épigastre. Lorsque la collection est devenue sous-glandulaire, elle peut de même fuser sous la peau des régions voisines, produisant des décollements étendus, ou parfois perforer un espace intercostal et se faire jour dans la plèvre. C'est là un cas exceptionnel il est vrai, mais ce qui est moins rare c'est de voir se déclarer une pleurésie de voisinage.

En dehors de ces graves complications immédiates, l'abcès du sein laisse souvent à sa suite de profondes altérations de la mamelle. Sans parler du cancer auquel il prédisposerait pour beaucoup d'auteurs, il laisse souvent à l'intérieur de la glande des noyaux indurés de mastite chronique.

Quand le pus s'est fait jour au niveau du mamelon, il peut en résulter des adhérences et des rétractions cicatricielles, amenant sa déformation. D'où gêne pour les allaitements futurs ; sans compter que les canaux galactophores pourront être plus ou moins obstrués par le processus cicatriciel, et que la quantité de lait sécrété pourra être fort diminuée par suite de la destruction d'une grande partie de la glande. Cependant Mendailles (1) cite des observations de M. Félizet qui aurait vu la mamelle, en

---

1. Mendailles. *Des mastites puerpérales et de leur traitement*. Thèse de Paris, 1896.

partie détruite par un abcès volumineux, récupérer sa fonction au cours d'une grossesse ultérieure ; et les expériences de M. de Sinéty n'ont-elles pas montré la régénération possible de la glande même après ablation complète chez les rongeurs ? Mais encore faut-il que l'intégrité des canaux galactophores soit complète pour permettre le fonctionnement normal de la glande.

TRAITEMENT

Le traitement des abcès du sein devrait être avant tout un traitement prophylactique : empêcher la formation des gerçures et des crevasses, et celles-ci formées empêcher leur infection. Le mamelon d'une nourrice, dit Delbet, devrait presque être traité comme une plaie sans cesse exposée à s'infecter. On évitera de donner le sein trop fréquemment et surtout de laisser le mamelon humide ; celui-ci sera lavé avec soin avec de l'eau boriquée tiède avant et après chaque tétée. Si la peau est très déliçate, on pourra avoir recours à quelques lotions légèrement astringentes.

La crevasse formée il faut en assurer autant que possible l'asepsie. M. Wallich (1) recommande l'eau oxygénée à douze volumes, coupée de moitié d'eau bouillie, qui à ses propriétés antiseptiques très actives, joint l'avantage de n'être point toxique pour le nourrisson. On fait un lavage après chaque tétée, puis un pansement sec à la gaze stérilisée, qui a sur le pansement humide le grand avantage de ne pas entraîner la macération du bout du sein.

1. Wallich. *Eléments d'Obstétrique*.

Lorsque les douleurs sont par trop vives on peut avoir recours à la tétrelle ; elle présente toutefois l'inconvénient de diminuer un peu la sécrétion du lait, car celui-ci vient alors avec moins d'abondance.

Enfin, on peut supprimer complètement l'allaitement du côté malade pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, en ayant soin toutefois d'appliquer sur le sein un pansement humide et compressif pour éviter l'engorgement. C'est là un moyen radical qui présente le gros inconvénient de diminuer la sécrétion lactée, et il est parfois difficile de rendre à la glande son activité première.

Pour éviter l'infection endogène, on ne saurait trop recommander à la nourrice la plus minutieuse propreté.

Enfin, on n'oubliera pas de laver soigneusement la bouche de l'enfant à l'eau boriquée avant et après chaque tétée, et l'on surveillera attentivement la propreté de tout ce qui peut venir au contact du sein : les linges, les mains et surtout les yeux de l'enfant ; on s'efforcera en un mot d'obtenir de l'entourage de toute femme qui allaite l'asepsie aussi complète que possible.

C'est grâce à ces précautions les plus minutieuses que l'on pourra arriver, non pas sans doute à supprimer, mais à diminuer tout au moins, dans de notables proportions, le nombre des mastites puerpérales.

Malgré tout cependant, l'infection peut s'installer dans la glande et alors quelle conduite devons-nous

tenir ? Nombreux sont les traitements qui ont été proposés. Dans un premier chapitre nous étudierons ceux qui visent à empêcher la formation de l'abcès, ou tout au moins à tarir la suppuration alors qu'elle est limitée aux canaux glandulaires. C'est là ce que nous désignerons sous le nom de traitement abortif des abcès du sein.

Mais lorsque ces moyens ont échoué, que la collection purulente s'est formée, il faut lui donner issue, ce sera le traitement curatif que nous diviserons lui-même en deux parties.

La première partie comprendra l'étude des divers procédés tant médicaux que chirurgicaux, qui ont été successivement proposés, pour obtenir l'évacuation de l'abcès et sa guérison.

Dans la deuxième partie nous donnerons la description de la méthode opératoire suivie par notre maître, le Dr Picqué.

A. — *Traitement abortif*

Compression et repos. — Les auteurs américains Davis, Ely, etc. recommandent de mettre le sein au repos absolu, de le recouvrir d'un pansement humide boriqué et de l'immobiliser par un bandage ouaté compressif de Gosselin pendant quarante-huit heures. Ce traitement serait pour eux suffisant pour n'avoir presque jamais recours au bistouri. Mais les déceptions sont nombreuses ; la douleur, la fièvre, la tuméfaction augmentent et le pus se forme. Aussi

ce traitement a-t-il été presque complètement abandonné, de même que les anciens cataplasmes de Boyer, Cooper, Levret, Gosselin, et les pulvérisations antiseptiques de Verneuil que nous ne citerons que pour mémoire.

Expression. — L'expression méthodique du sein avait été entrevue par Chassaignac, qui obtint des succès par des pressions exercées sur la glande. Il ne croyait toutefois pas beaucoup à ce procédé et il conseillait surtout l'emploi de la ventouse aspiratrice pour dégorger la glande (1). Ce traitement a été repris et conseillé presque en même temps par Marsh (2) et par Budin (3). Voici le manuel opératoire tel qu'il est exposé par Budin dans ses *Leçons de Clinique obstétricale.*

« Si l'on ne procède pas d'une certaine manière, on n'arrive pas aisément à faire jaillir le lait du sein d'une femme nouvellement accouchée ; si, d'autre part, il y a inflammation des canaux galactophores, il est probable que la lumière déjà si petite du conduit excréteur sera plus rétrécie encore, le pus contenu dans le canal enflammé et celui renfermé dans les parties profondes de la glande sortiront beaucoup plus difficilement. Il importe de procéder de la façon suivante : Le pouce et l'index sont appliqués sur le sein, à une

1. Chassaignac. *Traité de la suppuration*, t. II, p. 261.

2. Marsh. *New-York med. Journal*, 9 mars 1889.

3. Budin. Thèse Cataliotti, 22 mars 1889. — Académie de Médecine, 10 avril 1889. — *Leçons de clin. obst.*, 1889, p. 438.

certaine distance du mamelon, près de la circonférence de l'auréole. On appuie d'abord d'avant en arrière, de la surface vers les parties profondes ; puis, tout en continuant à presser, on rapproche les doigts jusqu'à la base du mamelon et ce dernier est lui-même comprimé d'arrière en avant. De la sorte, les substances contenues dans la partie ampullaire des canaux galactophores sont refoulées par la pression vers la partie rétrécie de ces mêmes canaux, partie rétrécie qui chemine dans l'épaisseur du mamelon et aboutit à l'extérieur ; on réussit ainsi à les amener au dehors.

« S'il n'y a qu'une petite quantité de pus, on le voit sortir sous la forme de filaments grisâtres, jaunâtres, qui s'échappent par l'extrémité d'un canal galactophore ; il forme comme un petit ver plus ou moins isolé au milieu du liquide séreux qui s'écoule par les conduits voisins : une fois l'orifice du canal désobstrué, pour ainsi dire, la matière purulente est exprimée un peu plus facilement. »

Afin d'obtenir un résultat, il faut autant que possible, dit Arbel (1), évacuer la totalité du pus. Cette expression doit parfois être renouvelée deux fois par jour et on doit la pratiquer jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de matière purulente. Après l'opération, le mamelon sera soigneusement lavé à l'eau boriquée, et le sein maintenu relevé par un bandage légèrement compressif.

---

1. Arbel. Thèse de Paris, 1890.

Par ce procédé, Budin aurait obtenu 8 succès sur 9 cas observés.

Glantenay (1) recommande l'expression localisée au lobe malade seul ; et il la réalise en le comprimant par un tampon d'ouate.

Mais l'expression mammaire est très douloureuse. Si globale, elle doit porter sur différents lobes et cela avec une certaine force, au point de nécessiter parfois l'administration du chloroforme. Outre la douleur elle amène un traumatisme évident de la glande, peut entraîner la diffusion extra-canaliculaire du pus, et la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire inter-lobulaire à la suite de la rupture de la barrière élastique étudiée par Coyne et Labbé (2).

S'efforçant de remédier en partie au traumatisme et surtout à la douleur occasionnée par l'expression, M. Legroux en a modifié la technique. Il se sert d'une ventouse aspiratrice appliquée sur le mamelon, et dans laquelle il fait le vide au moyen d'une petite pompe aspirante. Au premier coup de piston le lait ou le pus jaillit dans la ventouse. On a alors soin après chaque coup de piston de laisser pénétrer l'air dans la ventouse, précaution utile pour éviter la formation d'une ecchymose très douloureuse sur le mamelon. De cette façon on imite la succion de l'enfant, tout en obtenant une aspiration plus forte et plus soutenue.

Telle est la méthode de l'expression qui, bien

1. Glantenay. *Journal des Praticiens*, 1899.
2. Labbé et Coyne. *Traité des tumeurs bénignes du sein.*

appliquée et surtout appliquée au début, alors que l'infection est localisée aux conduits excréteurs, peut donner des résultats. Mais elle devient insuffisante quand le parenchyme glandulaire est envahi et que le pus a gagné le tissu cellulaire après destruction de la paroi de l'acinus ; Budin lui-même paraît le reconnaître quand il dit : « C'est surtout au début de l'inflammation qu'il faut attentivement examiner la glande mammaire et recourir au procédé que nous avons indiqué pour faire sortir le pus par les canaux galactophores. »

Et dans les cas mêmes où l'on a affaire à une simple galactophorite, on ne saurait prétendre que les acini et les canaux excréteurs soient absolument vidés des produits infectieux qu'ils renferment, comme après une incision et une irrigation antiseptique. Sans doute même est-ce là qu'il faut chercher l'origine de ces récidives de galactophorites traitées par l'expression, comme dans l'observation de Demelin et Gadaud où la maladie a duré plus d'un mois (1).

Aussi conseillerons-nous de tenter l'expression au début de la galactophorite, mais sans cependant s'attarder trop longtemps à ce procédé si l'on n'obtient pas de résultat rapide ; on risquerait alors de voir l'infection s'étendre, amener des décollements étendus et la destruction d'une grande partie du tissu

1. Demelin et Gadaud. « Un cas de galactophorite ». *Société obstétricale*, 1900.

glandulaire, ce qui a son importance au point de vue d'un allaitement futur.

Réfrigération. — Se basant sur les propriétés antiphlogistiques du froid, un certain nombre d'auteurs ont appliqué la réfrigération au traitement de la mastite aiguë.

M. Potocki a adopté les compresses d'eau blanche glacée que l'on renouvelle toutes les dix ou quinze minutes.

On a employé l'éther. Après un brossage du sein au rouge on le recouvre de compresses imbibées d'éther, puis on applique un bandage légèrement compressif. Ce pansement est renouvelé toutes les heures.

M. Bonnaire emploie une vessie contenant un mélange de glace concassée et de farine de lin, en ayant soin d'interposer un morceau de flanelle entre le sein et la vessie. On recouvre de taffetas gommé et on applique un bandage. Le pansement est renouvelé toutes les deux heures. S'il existe des crevasses, on commence par pratiquer une toilette antiseptique de la région, que l'on recouvre de compresses imbibées de liqueur de Van Swieten ou de solution de nitrate d'argent à 1/50 avant de mettre le sachet de glace (1).

Mais nous voyons dans la thèse même de Gontier où est étudié ce traitement des phlegmasies mammaires par la réfrigération, que le point important est d'at-

1. Gontier. Thèse de Paris, 1902.

taquer l'inflammation à ses débuts, alors qu'elle est encore superficielle et localisée aux canaux excréteurs. Et l'auteur lui-même reconnaît qu'il y a des cas, où elle ne peut empêcher la formation de l'abcès.

Méthode de Bier. — Cette méthode est basée sur ce fait que l'hyperémie est un effort curateur des plus actifs de l'organisme. Décrite par M. Delagénière dans le *Journal de M. Lucas-Championnière*, nous la trouvons exposée dans la thèse de Seuillet (1).

L'hyperémie s'obtient au moyen d'une ventouse de verre munie d'un appareil aspirateur. L'aspiration ne doit pas être assez forte pour amener l'extravasion sanguine ou ecchymose, et ne doit pas durer plus de cinq minutes. On laisse ensuite rentrer l'air, puis on refait le vide à nouveau, et cela cinq ou six fois de suite. Entre les séances qui sont au nombre de trois à quatre par jour, on applique sur le sein un pansement compressif.

Cette méthode aurait donné à son auteur deux succès sur deux essais. Mais Seuillet, dans sa thèse, dit l'avoir vue employée à la Maternité où elle n'aurait donné que des déboires.

Sérothérapie. — Signalons enfin, pour terminer cette revue des traitements abortifs de la mammite aiguë, l'injection de sérum de Chantemesse dans le cas de mammite typhique. M. Chantemesse injecte trois gouttes de sérum en plein centre de la tuméfaction. Les accidents rétrocéderaient en trois à quatre jours.

1. Seuillet. Thèse de Paris, 1908.

C'est là une méthode dont nous ne possédons aucune expérience, et qui d'ailleurs s'adresse à des cas particuliers sortant un peu de notre sujet, puisque nous avons surtout en vue la grande majorité des mastites, c'est-à-dire la mastite d'origine puerpérale.

B. — *Traitement curatif.*

Le traitement abortif n'arrive pas toujours à empêcher la formation d'un phlegmon du sein et nombreux sont les cas où, loin de la surveillance attentive et continue du médecin, il n'a pas été institué. L'abcès du sein est déclaré, le pus collecté ; quelle conduite allons-nous donc tenir ?

Les anciens auteurs Levret, Mérat, Pâtissier, Moreau, Boyer, S. Cooper laissaient l'abcès évoluer et s'ouvrir spontanément, par crainte de l'hémorragie. Ils accusaient aussi l'incision au bistouri de donner une cicatrice plus difforme, de prédisposer aux fistules et aux abcès multiples. Gosselin surtout, hanté par la crainte de l'érysipèle, s'était fait le champion de la non-intervention.

Nélaton, Churchill, de Sinéty, Mauriceau et Velpeau, au contraire, sont partisans de l'incision dès que l'on a constaté la présence du pus. Velpeau cependant fait quelques restrictions pour l'abcès parenchymateux.

La temporisation excessive expose à des accidents nombreux, décollements étendus, formation

d'abcès multiples, fistules interminables, outre qu'elle prolonge tout à fait inutilement les douleurs souvent fort vives des malades.

Dès que le pus est formé, il faut donc l'évacuer. Mais quel procédé employer ?

C'est là une question fort controversée et nombreux sont les traitements qui ont été proposés. La difficulté est grande en effet.

Il est rare que l'abcès du sein soit unique : le plus souvent de nombreux abcès sont disséminés dans toute la glande et notons ici l'impossibilité où l'on se trouve de diagnostiquer à l'avance le nombre des foyers. Il est assez fréquent de rencontrer au cours de l'intervention un sein porteur de plusieurs abcès, alors que l'examen clinique n'avait fait soupçonner la présence que d'un seul noyau de mastite (obs. I, XIII, XX, XXI, XXII).

Nous avons vu aussi que l'abcès du sein était rarement formé d'une seule cavité ; dans la majorité des cas, il est anfractueux avec des diverticules étendus.

Il faut donc ouvrir largement, non seulement chaque abcès, mais tous les diverticules qui en dépendent. Si l'ouverture est insuffisante, elle se referme, le pus est retenu, d'où formation de fusées purulentes et de clapiers. Une nouvelle incision deviendra nécessaire en un autre point et ainsi de suite. Plus l'écoulement du pus sera large et facile, plus aussi la guérison sera rapide et certaine.

En outre, il nous faut ménager la glande en prévi-

s'avancer au passage sans pousser ces membranes qui étant agitées par l'impulsion des douleurs augmenteraient encore la perte de sang en augmentant le détachement de l'arrière-faix où elles tiennent. »

Le professeur Pinard enseigne de nos jours : « Il faut vider l'utérus le plus rapidement possible, terminer l'accouchement le plus tôt possible, rompre prématurément les membranes et accélérer le travail à l'aide de ballons. Dans les cas bénins, la simple déchirure large des membranes a pu arrêter l'hémorragie. »

Les progrès de la science n'avaient pas encore fourni aux accoucheurs du XVII^e^ siècle les moyens dont on dispose aujourd'hui pour accélérer le travail, mais la conception du traitement à employer est la même.

Mais trois siècles ne se sont pas écoulés sans que cette question ait donné lieu à de nombreuses controverses.

Baudelocque aîné n'écrit-il pas : « La rupture des membranes est pernicieuse dans les hémorragies internes ». Baudelocque neveu partage cette opinion, conseille l'expectation et ne permet la terminaison rapide de l'accouchement qu'à la dilatation complète.

Braxton-Hicks ne conseille la rupture des membranes que dans les cas extrêmes et la fait suivre alors de la version par manœuvres mixtes.

Winter et d'autres auteurs sont hostiles à la rupture des membranes ; ils font observer que plus les membranes seraient tendues, moins abondante serait l'hémorragie.

Plus récemment encore, en 1892, M^lle^ Forin, qui sous l'instigation de Budin fit une thèse sur ce sujet, partage cette

crainte de l'hémorragie et de l'érysipèle a pratiqué l'aspiration avec l'aiguille de l'appareil Dieulafoy. Il eut des insuccès et ajouta la compression du sein à l'aspiration.

Delagénière pratique, quand le pus est collecté, une petite incision, puis l'aspiration par la ventouse de Bier.

Méthode de Thiriar. — Nous trouvons cette méthode décrite dans la thèse de Seuilliet (1) et dans la *Gazette de Gynécologie* (2).

On pratique d'abord une désinfection soigneuse du sein, puis on ponctionne, exprime le pus et fait une irrigation abondante à l'eau oxygénée neutralisée et coupée d'eau bouillie chaude. Si l'abcès est petit on y fait passer un courant de gaz oxygénée pendant une demi-heure au moyen d'une petite canule, puis pansement humide à l'eau oxygénée.

Lorsque l'abcès est volumineux on ponctionne à l'aide d'un gros trocart ou même on incise et l'on pratique un courant continu d'oxygène avec siphonage. Pour cela il faut une bonbonne d'oxygène, un tuyau de caoutchouc, un tube de verre et deux longs drains. Après le lavage de la plaie à l'eau oxygénée, on enfonce aussi profondément que possible dans la plaie l'extrémité du drain d'amenée. De même pour le drain d'évacuation que l'on a pris soin de fenêtrer auparavant. On fixe les drains en place à l'aide

1. Seuilliet. Thèse de Paris, 1908.
2. E. Dubois. *Gazette de Gynécologie.* Paris, 1906.

d'épingles et de compresses et l'on relie le drain d'amenée à la bonbonne. Enfin on laisse plonger le tube d'évacuation dans un récipient rempli d'une solution antiseptique et placé à un niveau inférieur à celui de la plaie ; le courant de gaz y entraîne le pus, et la sanie qui suinte de la plaie.

Ce courant continu est laissé en place vingt-quatre ou quarante-huit heures selon les cas.

Il nous semble que cette méthode, au moins dans les cas d'abcès volumineux où l'on a pratiqué la ponction avec un gros trocart, ou même l'incision au bistouri, ne répond nullement au but que se propose surtout le procédé de la ponction qui est d'éviter toute cicatrice apparente ; et l'installation nécessaire au passage du courant d'oxygène n'est-elle pas bien compliquée, pour rendre pratique son emploi habituel ?

Ponction aspiratrice et injection d'argent colloïdal (Chirié et David) (1). — Ce traitement ne doit être employé que lorsque l'abcès est franchement collecté. On fait la ponction avec un trocart n° 2 de Potain en argent, et l'aspiration se fait à la seringue de Roux ou bien avec l'appareil Potain ou Dieulafoy. Le trocart est laissé à demeure et le sein évacué aussi complètement que possible au moins deux fois par jour. La poche est lavée chaque fois à l'argent colloïdal et grâce au trocart à robinet on laisse dans la cavité de l'abcès une quantité de liquide colloï-

1. Chirié et David. *Soc. Obst.*, 19 déc. 1906.

dal suffisante pour la distendre. Ce traitement doit être continué au moins deux ou trois jours après que le pus à été reconnu stérile. Enfin le sein doit être exprimé journellement jusqu'à ce que l'écoulement soit tari.

Dans le cas d'abcès multiples, ils doivent être traités séparément sans jamais les faire communiquer entre eux.

Pour Seuillet la guérison se produirait dans un laps de temps variant de sept à vingt jours.

Si nous consultons les observations publiées par Chirié et David à la Société d'Obstétrique, nous voyons que les cas publiés avec guérison sont ceux d'abcès unique. Dans l'observation V où les abcès étaient multiples le traitement à échoué (1). Les auteurs attribuent cet échec à la difficulté de maintenir le liquide dans la poche, à cause de l'orifice existant près du mamelon, et à ce qu'il est préférable de traiter les abcès séparément.

Mais alors outre les traces toujours visibles des ponctions répétées, combien de temps va durer le traitement si l'on veut bien se rappeler la fréquence de ces abcès multiples qui évoluent successivement, multiplicité des abcès aux divers stades de leur évolution que l'on trouve si bien décrits par Velpeau?

---

1. Obs. V, Chirié et David. *Soc. Obst.*, 1906. Abcès multiples du sein droit (six abcès). Un déjà ouvert au niveau du mamelon. Ponction et fait communiquer cavités entre elles. Lavage argent. Amélioration, mais obligé d'inciser et guérison avec huit grandes cicatrices radiées.

Il faudra donc attendre que le pus de chacun d'eux soit collecté avant de les ponctionner séparément, et n'est-ce pas prolonger inutilement les douleurs de la malade, tout en l'exposant à des décollements étendus, et à la formation de nouveaux foyers ?

De plus les abcès de la mastite vraie sont si anfractueux, qu'il est bien difficile, à notre avis, d'obtenir par une petite incision ou une ponction une évacuation complète de l'abcès. Ne risque-t-on pas ainsi de voir la réunion échouer et de favoriser la formation de fistules.

Incision radiée. — On incise suivant une direction oblique, représentée par une ligne partant de l'aréole pour se rendre à la circonférence de la mamelle. Ce procédé aurait surtout pour but d'empêcher la section des canaux galactophores.

Tripier de Lyon (1) est d'avis d'ouvrir tous les abcès du sein quels que soient leur siège et leur volume, et cela le plus tôt possible, dès qu'on sent la fluctuation, dès même qu'on les soupçonne. Il incise au point culminant, introduit un doigt qui brise tous les tractus et pratique une contre-incision dans chaque cul-de-sac. On draine par les contre-incisions et, après un lavage antiseptique à l'eau phéniquée à 30 o/o et au chlorure de zinc à 8 o/o, la poche principale est tamponnée à la gaze iodoformée.

Bréal préconise deux incisions, l'une supérieure longue, l'autre inférieure moins grande, n'intéressant

---

1. Piante. Th. de Lyon, 1885.

pas l'aréole. Il résèque les tissus mortifiés à la pince et aux ciseaux. Drainage.

Hache, en 1892, publie dans la *Revue de Chirurgie* un article sur le traitement et la guérison rapide des abcès du sein.

Pour lui le point important n'est pas le choix du point déclive pour inciser afin de faciliter l'écoulement du pus ; c'est là une précaution inutile, et ce qu'il faut surtout, c'est une compression bien faite. Il draine dans certains cas, ne draine pas dans d'autres, sans toutefois donner les indications du drainage. Mais il paraît en général avoir une tendance à ne pas le faire, et en tout cas à supprimer le drain le plus tôt possible, du quatrième au sixième jour au plus tard. La guérison s'obtiendrait en deux semaines, mais l'auteur n'apporte à l'appui de son procédé que quatre observations, sur lesquelles deux malades ont été perdues de vue l'une le lendemain, l'autre huit jours après l'intervention, et c'est vraiment insuffisant pour juger de sa valeur.

Cette méthode, d'ailleurs, ne nous paraît pas ajouter grand chose au traitement classique.

Giuseppe Guerra (1), au contraire, en 1894, se fait l'apôtre du drainage à outrance dont il aurait vu les heureux résultats dans le service de son maître, le professeur Vauchez.

Weber (2), en 1892, lit un mémoire sur le traitement

1. Guerra. Th. de Genève, 1894.
2. Weber. *Am. J. obst. N.-Y.*, 1893, XXVII.

des abcès du sein, devant la Société gynécologique de Chicago.

Il faut ouvrir les abcès dès que l'on soupçonne la présence du pus ; l'incision doit être radiale pour ne pas sectionner les canaux galactophores, et de plus elle doit être profonde pour ne pas s'exposer à passer à coté d'un clapier purulent sans l'ouvrir. On pratique donc autant d'incisions radiées qu'il y a d'abcès, puis l'on va avec le doigt à la recherche des fusées purulentes et cela en ne craignant pas de déployer une force considérable. Ceci fait Weber enlève à la curette tranchante tous les débris et tous les tissus nécrosés.

Après lavage, toutes les cavités sont bourrées de lanières de gaze stérélisée. Le deuxième pansement est fait trente-six heures plus tard, et le troisième vingt-quatre heures après. Les lanières sont alors supprimées et l'on panse à plat. Le bandage est aussi serré que possible et le sein maintenu relevé. Sans cette précaution, si le sein était comprimé dans la position tombante, les lèvres des incisions ne correspondraient plus et la guérison en serait fort retardée.

La guérison est complète en huit à dix jours.

C'est là évidemment une opération radicale, mais nous nous demandons si ces incisions nombreuses et le curettage des cavités respectent l'intégrité des canaux galactophores. De plus les cicatrices cutanées fort visibles sont nombreuses et considérables.

J. Bœckel (1) a proposé une méthode de traitement plus radicale encore : « l'évidement méthodique du sein dans la mastite parenchymateuse aiguë ». Pour l'exposé de ce traitement et des critiques qu'il suscite nous ne pouvons faire mieux que de répéter ce que dit P. Delbet (2).

« Incision elliptique circonscrivant les fistules lorsqu'il y a lieu, ou bien la partie saillante du phlegmon lorsqu'il n'est pas ouvert, en respectant toutefois le mamelon si la chose est possible. Dissection rapide des deux lèvres de la plaie et extirpation avec pince et bistouri de toutes les portions malades, en allant au besoin jusque sur les côtes. Désinfection au sublimé. Réunion de la plaie par des sutures profondes alternant avec des sutures superficielles sans drainage. Pansement ouato-iodoformé laissé huit jours en place. »

« Bœckel a opéré six fois de cette façon ; il a toujours obtenu la guérison sous un seul pansement ; le lait n'a pas empêché la réunion par première intention.

« Cette méthode est incontestablement intéressante ; et elle a pour elle, lorsqu'elle réussit, l'extrême rapidité de la guérison. Il y aurait cependant quelques objections à faire, si l'on voulait l'ériger en méthode générale de traitement des mastites. D'abord,

---

1. Bœckel. Acad. de Méd., 30 avril 1889.
2. P. Delbet. *Traité de Chirurgie.*

je ne dis pas la gravité, mais l'étendue de l'opération est peut-être disproportionnée avec la gravité de l'affection. En outre cette intervention entraîne des dégâts notables, et il paraît difficile qu'elle ne laisse pas de cicatrices, de déformations plus considérables que celles qui résultent de la simple incision. Enfin, il faut toujours tenir compte, lorsqu'il s'agit de mastites puerpérales, de la possibilité, de la fréquence même des abcès multiples siégeant en des points différents de la mamelle. « Faudrait-il les extirper tous successivement, ou bien, après avoir extirpé le premier, se contenter d'inciser les autres ? Je crois donc que cette méthode doit être réservée aux cas où la maladie a produit des délabrements étendus, et particulièrement à ceux où il existe des fistules multiples et intarissables. »

Marmaduke Sheild (1), en 1896, conseille un procédé paraissant surtout applicable aux abcès en bouton de chemise, et le premier paraît se préoccuper du point de vue esthétique.

Dès que la fluctuation est évidente, il pratique au point culminant une incision superficielle strictement suffisante pour permettre le passage de l'index. Celui-ci est insinué de plus en plus profondément jusqu'à ce que le pus s'écoule abondamment et on pénètre ainsi dans la partie la plus déclive de l'abcès, située ordinairement près de la peau, au point

1. Marmaduke Sheild. Soc. de Méd. de Londres, 27 avril 1896.

de réunion de la glande avec la paroi thoracique. Le sein maintenu relevé par un aide, on fait à ce niveau une contre-incision assez étendue pour permettre le libre écoulement du pus. L'index, introduit alors par cette seconde incision, détruit les brides multiples qui divisent le foyer purulent en plusieurs clapiers.

L'incision superficielle est suturée au crin de Florence et recouverte d'une couche de collodion, puis un gros drain est placé dans la plaie inférieure. L'incision supérieure guérit rapidement, et ne laisse qu'une cicatrice peu visible ; la cicatrice inférieure est dissimulée dans le sillon thoraco-mammaire.

C'est là évidemment un grand progrès réalisé sur les procédés précédents au point de vue esthétique ; cependant, bien que très petite, il laisse encore une cicatrice apparente. Et puis il nous semble qu'on n'est pas certain par ce procédé d'avoir ouvert tous les abcès, tous les clapiers purulents sans exception.

M. Félizet, dont nous trouvons la technique opératoire décrite dans la thèse de son élève Mendailles (1), supprime l'incision superficielle. Incision curviligne au thermocautère dans le pli sous-mammaire. Des écarteurs rendent béantes les lèvres de l'incision, et le sein se trouve peu à peu décollé de la paroi thoracique. Il arrive un moment où le pus

---

1. Mendailles. Th. de Paris, 1896.

s'écoule au dehors. Celui-ci est évacué et les brides sont détruites avec le doigt et au thermocautère, de façon à obtenir une grande cavité unique. La plaie est lavée au sublimé, puis imbibée d'une solution de chlorure de zinc. Elle est ensuite séchée, puis flambée au chalumeau à une température de 1.500 degrés environ, de façon à détruire la membrane pyogénique. Ce flambage dure en moyenne une à deux minutes, jusqu'à ce que toute la cavité soit absolument noire, carbonisée.

La plaie est ensuite saupoudrée d'iodoforme en assez grande quantité et la flamme du chalumeau promenée sur cet iodoforme, pour amener un dégagement d'abondantes vapeurs violettes d'iode à l'état naissant, qui va imprégner les tissus voisins.

La plaie est bourrée de mèches de gaze iodoformée, et le premier pansement est laissé en place une douzaine de jours.

Par ce procédé les canaux galactophores sont épargnés, toutes les malades ont allaité de nouveau des deux seins, et la cicatrice cachée dans le sillon sous-mammaire est peu visible.

Mais le flambage ne va pas sans occasionner des lésions assez longues à réparer ; une moyenne de un mois et demi est nécessaire pour la guérison, dit Mendailles.

M. Morestin, appliquant aux abcès du sein les principes de la chirurgie esthétique, pratique des incisions minimes dans le pli thoraco-mammaire ou dans l'aréole péri-mamelonnaire. Nous trouvons la

description de cette méthode dans la thèse de Vézard (1).

L'incision aréolaire convient surtout à l'abcès en bouton de chemise, et chez la femme elle passerait inaperçue. On fait donc une petite incision radiée allant de la base du mamelon à la périphérie de l'aréole. On creuse au bistouri et aux ciseaux un tunnel jusqu'à la collection superficielle, qui est explorée à l'aide de la sonde cannelée ou d'une pince. Une pince hémostatique fermée introduite dans le pertuis, est retirée ensuite, les mors ouverts, de façon à l'agrandir. Dans le cas d'abcès multiples, on répète la même manœuvre pour chacun d'eux, afin de faire communiquer toutes les collections entre elles. Le sein est exprimé, on place un drain de calibre moyen, et après un lavage à l'eau oxygénée, on applique un pansement humide légèrement compressif. Les jours suivants, on pratique l'expression quotidienne ou l'application de la ventouse de Bier pendant quarante minutes environ.

Lorsque la collection est profonde, il fait une incision de 2 à 3 centimètres dans le sillon thoracomammaire ; le doigt, introduit dans la plaie, décolle la glande des plans profonds et reconnaît le siège de la collection. Le tissu glandulaire est ensuite effondré à l'aide d'une pince, et on fait communiquer entre eux les divers foyers. On met un drain moyen et on applique un pansement humide compressif, après avoir réuni au crin les lèvres de l'incision.

1. Vézard. Th. de Paris, 1908.

Ce procédé est sûrement parfait au point de vue esthétique et serait le procédé idéal si l'abcès du sein était toujours unique. Mais, à notre avis, l'incision sous-glandulaire de 2 centimètres, et à plus forte raison l'incision aréolaire, ne donne pas un jour suffisant pour permettre l'exploration de la glande, et l'on ne peut être absolument certain d'avoir ouvert tous les foyers sans en excepter un seul. Or le plus petit foyer oublié, ou insuffisamment ouvert, c'est la récidive certaine et la prolongation de l'affection, avec toujours la menace des décollements étendus ou des fistules intarissables.

C. — *L'incision thoraco-mammaire*

En résumé dans tout ce qui précède, nous ne voyons pas d'auteur ayant proposé un traitement qui satisfasse complètement aux desiderata que nous avons exprimés : ouverture large de tous les foyers, intégrité fonctionnelle de la glande et respect de l'esthétique du sein. Ce sont là trois indications auxquelles répond le traitement de notre maître, le Dr Picqué.

Pour la description de la technique opératoire, nous supposerons que la malade est venue nous trouver au début de l'affection, alors que l'abcès ne présente encore aucune tendance à se faire jour au dehors, et que la peau n'est pas amincie au point d'avoir perdu toute vitalité.

La région est préparée soigneusement, brossée au savon, puis lavée à l'alcool et à l'éther.

Après anesthésie de la malade au chloroforme ou au bromure d'éthyle, on fait au bistouri une incision curviligne de 8 centimètres environ, en suivant le sillon thoraco-mammaire. La longueur de cette incision est variable suivant le volume présumé de l'abcès ; latéralement elle ne dépassera pas le diamètre horizontal passant par le mamelon.

A l'aide du bistouri, on décolle la face profonde de la glande de la face antérieure du grand pectoral, et un aide maintient le sein relevé en haut, de manière à mettre à jour la face postérieure de la mamelle. La collection reconnue est alors largement ouverte et le pus évacué. La cavité de l'abcès est explorée avec le doigt, on brise les tractus qui la cloisonnent et les diverticules sont incisés. De plus on recherche par le palper, s'il n'existe pas dans la glande de petits noyaux d'induration, et par de petites incisions à la face profonde on s'assure de n'avoir oublié aucune collection purulente. Nous ne saurions trop insister sur cette exploration méthodique, qui souvent permet de découvrir et d'inciser des abcès multiples, qui autrement seraient passés tout à fait inaperçus et auraient prolongé considérablement la durée de l'affection (obs. I, XIII, XX, XXI, XXII).

On fait un grand lavage de la plaie à l'eau oxygénée, le sein est rabattu et la cavité bourrée de mèches de gaze stérilisée. Le drainage à la gaze et la décli-

vité de l'incision assurent le libre écoulement du pus.

Pansement ouaté compressif, en ayant soin de maintenir le sein légèrement relevé pour que les deux lèvres de l'incision se correspondent.

Tel est le manuel opératoire. Faisons remarquer en outre, que presque jamais il n'est besoin de faire de ligature.

Dès le soir de l'opération nous voyons la température tomber, et les jours suivants on constate une amélioration rapide de l'état général de la malade.

La première semaine le pansement est changé tous les jours, et la plaie lavée à l'eau oxygénée. En quelques jours, la suppuration se tarit presque entièrement. Le bourgeonnement se fait activement, parfois même les bords de la plaie ont une tendance trop rapide à la réunion, et des attouchements des bourgeons charnus au nitrate d'argent peuvent devenir nécessaires.

Ordinairement la malade peut quitter l'hôpital dès la fin de la première semaine ; la face profonde du sein est déjà réunie à la paroi et il ne reste plus qu'une petite plaie superficielle. Tous les trois jours elle vient se faire panser. A ce moment quelques précautions sont nécessaires pour éviter soit l'ectropion, soit l'entropion des lèvres de la plaie. Le pansement devra être fait bien à plat et compressif pour obvier à cet inconvénient.

La guérison se fait en très peu de temps et dans les premiers cas que nous avons observés, nous étions même étonnés de voir se combler d'énormes

cavités avec une telle rapidité. Une moyenne de quinze jours à trois semaines est parfaitement suffisante pour obtenir une guérison complète.

Jamais nous n'avons observé de récidive. La cicatrice est peu visible étant située à la partie inférieure de la poitrine, et se trouve même complètement cachée par la partie pendante du sein, pour peu que celui-ci possède un certain volume.

Telle est la méthode idéale de notre traitement, qui permet même d'atteindre des abcès, siégeant dans les lobes supérieurs de la glande et peu profondément sous la peau.

Malheureusement et trop souvent, hélas ! les malades viennent nous trouver avec un abcès déjà ouvert, avec des fistules.

On utilisera les orifices fistuleux existants, mais toujours nous pratiquerons l'incision sous-mammaire qui seule permet l'exploration méthodique de la glande. L'abcès sera ouvert largement par cette voie postérieure, grâce à laquelle nous aurons un écoulement facile du pus et un drainage suffisant.

Enfin par ce procédé, que devient la glande au point de vue d'un allaitement futur ? Les canaux excréteurs situés peu profondément sous la peau sont entièrement respectés ; seuls les culs-de-sacs glandulaires peuvent être intéressés ; mais nous avons vu à propos de l'évolution des abcès du sein, que la mamelle, en grande partie détruite par un abcès volumineux, pouvait récupérer sa fonction complète, à la condition toutefois que les canaux galactophores

soient respectés par l'incision, ce qui est toujours le cas ici. D'ailleurs M. Félizet, qui opère les abcès du sein par voie postérieure avec flambage de la cavité, occasionnant par suite des délabrements bien plus considérables de la glande, a eu l'occasion, dit Mendailles, de revoir ses anciennes opérées après un nouvel accouchement ; toutes allaitaient des deux seins.

Les trois desiderata que nous formulions au début du traitement des abcès du sein : intégrité fonctionnelle, guérison complète et rapide, respect de l'esthétique de la région, se trouvent donc réalisés par le traitement que nous préconisons ici.

OBSERVATIONS

Les observations suivantes sont toutes inédites. Elles ont été prises dans le service du Dr Picqué.

OBSERVATION I

Abcès multiples du sein gauche

Marie-Louise R..., vingt-deux ans, entrée le 20 avril 1902. Accouchée récemment d'un enfant à terme ; seins douloureux pendant le cours de la grossesse. A sa sortie de l'hôpital grandes crevasses du sein gauche. Interrompt l'allaitement. A la suite d'applications de cataplasmes de fécule, le sein va plus mal. Très sensible au toucher, il est le siège d'élancements douloureux. Fièvre.

On diagnostique un volumineux abcès du sein gauche.

22 avril. — *Opération.* — Sous chloroforme. Incision dans le sillon sous-mammaire ; on évacue ainsi une première collection. On incise ensuite un deuxième abcès très volumineux situé en haut et à gauche, puis un troisième qui siège à la partie supérieure.

Lavage à l'eau oxygénée. Drainage à la gaze.

Sortie presque complètement guérie le 1er mai.

OBSERVATION II

Abcès du sein droit

Maria L..., vingt-trois ans.

Abcès du sein consécutif à l'allaitement, occupant la partie externe du sein droit. Fluctuation. Peau amincie, chaude, rouge et œdémateuse. Etat fébrile.

17 juillet 1902. — *Opération.* — Les téguments paraissant près de s'ulcérer, on incise un peu au-dessus et en dehors du mamelon. Contre-incision dans le pli thoraco-mammaire. Par cette seconde voie on ouvre une deuxième collection inférieure.

Drainage.

Sortie le 25 juillet.

OBSERVATION III

Abcès du sein gauche

Maria H..., vingt-six ans ; accouchée le 6 septembre. A partir du 15 septembre, elle souffre du sein gauche. Abcès du sein qui est incisé à la consultation de médecine de Bichat (incision au-dessus et en dehors du mamelon). A la suite de l'incision les douleurs diminuent un peu, puis reprennent et vont en augmentant jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A ce moment tout le sein est nettement fluctuant.

10 novembre 1902. — *Opération.* — Chloroforme. Incision dans le pli thoraco-mammaire qui donne issue à une as s

grande quantité de pus crémeux. On réunit les deux incisions et une mèche de gaze est passée dans le trajet qui les fait communiquer.

Tamponnement de la cavité à la gaze. Pansement.

Sortie le 20 novembre presque complètement guérie. Il n'existe plus qu'une petite plaie superficielle qu'elle viendra faire panser.

OBSERVATION IV

Abcès du sein gauche

Mme S..., âgée de vingt-sept ans, entrée le 27 octobre 1902. Sein gauche augmenté de volume depuis une dizaine de jours ; douleur profonde, lancinante.

Au pôle inférieur du sein, la tuméfaction prend une teinte rouge vineuse et laisse percevoir une fluctuation très nette.

28 octobre. — *Opération.* — Chloroforme. Large incision au niveau du pli sous-mammaire, on relève la glande et on ouvre largement une vaste cavité d'où s'échappe une grande quantité de pus bien lié, jaune verdâtre.

Drainage. Pansement humide.

Sortie le 10 novembre.

OBSERVATION V

Abcès du sein (le côté n'est pas indiqué)

Elisa M..., dix-neuf ans. Abcès du sein consécutif à l'allaitement et déjà ouvert spontanément au-dessus du mamelon.

16 décembre 1902. — *Opération.* — Bromure d'éthyle. Incision à la partie inférieure de la mamelle, dans le sillon

thoraco-mammaire. Ouverture de la collection par la face profonde de la glande, et on élargit le trajet communiquant avec l'ouverture supérieure.

Mèche de gaze passant par les deux ouvertures.

Sortie le 24 décembre. Guérison rapide.

OBSERVATION VI

Abcès du sein gauche

Emilie D..., vingt-trois ans, entrée le 15 mai 1903 à Bichat.

Malade enceinte de quatre mois présentant un peu partout des lésions de grattage de cause parasitaire (gale).

Sein gauche tuméfié, rouge violacé, avec tendance du pus à s'ouvrir en dehors du mamelon ; la peau est très amincie à ce niveau. Pas de ganglions, pas de lymphangite, pas d'excoriation du mamelon.

16 mai. — *Opération.* — Incision sous chloroforme dans le sillon thoraco-mammaire, ouverture de plusieurs lobes remplis de pus, et évacuation d'une grosse collection purulente.

Contre-incision au point où la peau amincie paraît prête à s'ulcérer.

Lavage. Drainage par deux gros drains.

Sortie le 22 mai, guérie.

OBSERVATION VII

Abcès des deux seins

Hélène S..., vingt-trois ans, entrée le 12 octobre 1903 à l'hôpital Bichat. Accouchée le 20 septembre et allaite.

Se plaint de douleurs dans les deux seins et surtout du côté droit. Les douleurs remontent à huit jours environ, époque à laquelle elle a senti dans la mamelle droite une petite tumeur grosse comme une noisette.

A l'entrée à l'hôpital les régions malades sont tuméfiées, rouges, douloureuses, présentant des points nettement fluctuants et plus douloureux que les autres.

Au sein droit ces points fluctuants sont situés au pourtour de l'aréole, au côté externe et à la partie inférieure du sein. Température, 37°8.

14 octobre. — *Opération.* — Chloroforme. Incision dans le sillon thoraco-mammaire. Le sein est décollé des parties profondes et les lobes malades sont éventrés à la pince hémostatique fermée.

Contre-incision à la partie sus-aréolaire du sein. Gros drain allant d'une incision à l'autre.

Sortie le 25 octobre. Revient se faire panser. Guérison rapide.

OBSERVATION VIII

Abcès multiples du sein droit

Jeanne G..., trente-trois ans, entrée le 14 octobre 1903. Se plaint de douleurs dans le sein droit depuis dix jours ; quelques douleurs aussi du côté gauche, mais elles ont tendance à disparaître. Abcès venu à la suite du sevrage.

Le sein est tuméfié, rouge, douloureux, présentant en plusieurs endroits des points plus rouges et nettement fluctuants. Un de ces abcès ouvert un peu au-dessus de l'aréole présente un trajet qui le fait communiquer avec une collec-

tion située au côté externe du sein. Un autre siège à la partie sous-mammaire. Température, 39 degrés.

15 octobre. — *Opération.* — Sous chloroforme. Large incision curviligne dans le sillon thoraco-mammaire. Ouverture de plusieurs abcès par la face profonde de la glande et issue de pus à flots. L'ouverture supérieure est agrandie et le trajet débridé de manière à pouvoir drainer par en bas.

Lavage. Drainage.

Sortie le 25 octobre. Guérison au début de novembre. (La date exacte n'est pas mentionnée.)

OBSERVATION IX

Abcès du sein droit

Blanche G..., vingt et un ans. Jamais malade, a eu un enfant il y a seize mois.

A cessé d'allaiter il y a quinze jours. Trois jours après a commencé à souffrir du sein droit qui devient rouge et tuméfié. Il se forme une phlyctène à sa partie supérieure.

On perçoit un point nettement fluctuant au-dessus du mamelon. Quelques ganglions axillaires.

25 septembre 1904. — *Opération.* — Chloroforme.

Incision curviligne thoraco-mammaire, et ouverture d'un vaste abcès intra-glandulaire.

Contre-incision au point culminant au niveau de la phlyctène. Cette dernière laisse sourdre un peu de pus. Elle est réunie à l'incision inférieure par un drain.

Lavages quotidiens. Le cinquième jour le drain est supprimé.

La malade sort de l'hôpital le 15 octobre presque complètement guérie.

OBSERVATION X

Abcès du sein gauche

Mme V..., quarante-six ans, entrée le 14 octobre 1904, enceinte de cinq mois. Le sein a commencé à se tuméfier il y a trois semaines. La malade se soigna par des cataplasmes, mais sans succès.

La tumeur augmente progressivement, faisant beaucoup souffrir la malade qui nourrissait encore il y a sept mois. De plus elle est atteinte de la gale et reconnaît elle-même que ses démangeaisons occasionnent souvent du grattage du mamelon.

Le sein gauche est tuméfié et douloureux dans son ensemble. A la partie inférieure on trouve une zone rouge, violacée et nettement fluctuante.

La fluctuation peut également se percevoir un peu au dessus du mamelon.

18 octobre. — *Opération.* — Sous chloroforme. Large incision dans le sillon sous-mammaire, donnant issue à une grande quantité de pus. Recherche des trajets à la sonde cannelée, ils sont ensuite débridés et curettés avec une grande curette.

Drainage par deux gros drains.

Sortie le 6 novembre, presque complètement guéric.

OBSERVATION XI

Abcès du sein gauche

Marie T..., dix-neuf ans, entrée le 21 mars 1905 à Bichat avec un abcès du sein gauche déjà ouvert en dehors du mamelon.

22 mars. — *Opération.* — Chloroforme. Large incision dans le sillon thoraco-mammaire, grâce à laquelle on pénètre dans une vaste poche purulente. On enlève à la curette de nombreuses fongosités sphacélées. Le reste de la glande paraît sain.

Lavage à l'eau oxygénée.

Drainage à la gaze.

Sortie le 2 avril. Revient se faire panser tous les trois jours.

OBSERVATION XII

Abcès du sein droit

Angèle B..., vingt-trois ans, entrée le 20 mai 1905 à l'hôpital Bichat.

Abcès du sein consécutif à l'allaitement, siégeant à la partie supéro-externe du sein droit. Fluctuation nette.

20 mai. — *Opération.* — Bromure d'éthyle. Incision sous-mammaire. On arrive ainsi à travers la glande sur le siège de l'abcès qui est largement ouvert. Le reste de l'organe paraît sain.

Mèche de gaze drainant la cavité de l'abcès.

Lavages quotidiens.

Sortie le 28 mai. Guérison rapide.

OBSERVATION XIII

Abcès multiples du sein droit

Thérèse H..., âgée de vingt-huit ans, entre à l'hôpital Bichat avec un petit point fluctuant au-dessous du mamelon droit. Toute la partie inférieure du sein est rouge et empâtée.

15 décembre 1905. — *Opération.* — Bromure d'éthyle. Incision curviligne au niveau du pli sous-mammaire ; décollement et retournement du sein mettant à jour la face profonde. On constate l'existence de plusieurs abcès que l'on ouvre successivement.

Drainage à la gaze.

21 décembre. — La malade sort de l'hôpital et vient se faire panser tous les deux jours.

10 janvier. — Guérison complète.

OBSERVATION XIV

Abcès du sein gauche

Pauline S..., dix-huit ans, entrée le 23 décembre 1905, avec un abcès du sein gauche déjà incisé en ville il y a un mois. Récidive.

26 décembre. — *Opération.* — Chloroforme. Large incision sous-mammaire. On tombe dans une poche purulente située entre la glande et la face antérieure du grand pectoral. Cette poche communique par un trajet à l'intérieur de la glande avec une collection sous-cutanée plus petite.

Débridement large du trajet et drainage. Lavages quotidiens.

Sortie le 5 janvier. Vient se faire panser.

Guérison rapide.

OBSERVATION XV

Abcès du sein gauche

Mme D... ving-deux ans, entre à l'hôpital le 1er mai 1906, avec une tuméfaction du sein gauche, siégeant surtout dans le segment supérieur. Petite bosselure rouge, immédiatement au-dessous du mamelon ; en dedans et près du mamelon une petite incision a été faite en ville. Rien de nettement appréciable dans le segment inférieur.

3 mai. — *Opération* par M. le Dr Picqué. — Chloroforme. Incision au niveau du segment inférieur, parallèle au sillon sous-mammaire. Après avoir traversé tout un segment de glande saine, on arrive dans une énorme cavité qui remonte jusqu'au voisinage de la clavicule. Ecoulement d'une grande quantité de pus. La paroi est en voie de se sphacéler. Résection partielle de cette paroi.

Pas de suture. Drainage à la gaze.

A l'autre sein, il existe un décollement sous-cutané, abcès lymphangitique, dû à des lésions de grattage. Rien d'appréciable dans la glande ; ces points suppurent cependant.

5 mai. — Pansement, lavage à l'eau oxygénée ; plaie tamponnée à la gaze.

10 mai. — Suppuration presque complètement tarie ; la malade sort de l'hôpital. Les lésions du côté droit sont cicatrisées.

Revient se faire panser et cicatrisation complète de la plaie vers la fin de mai. (La date exacte n'est pas mentionnée.)

OBSERVATION XVI

Abcès du sein gauche

Victorine H..., quinze ans, entre à Bichat le 5 décembre 1906, avec un volumineux abcès du sein gauche.

Renseignements étiologiques manquent.

Sein œdémateux, rouge, fluctuant à sa partie inféro-externe.

7 déeembre. — *Opération.* — Sous bromure d'éthyle. Incision dans le sillon sous-mammaire et ouverture d'une large poche purulente.

Drainage à la gaze.

15 décembre. — La malade sort de l'hôpital. La guérison fut rapide. (La date exacte n'est pas mentionnée dans l'observation.)

OBSERVATION XVII

Abcès du sein droit

Mme B..., vingt-huit ans, entre à l'hôpital le 20 avril 1907, avec un abcès du sein droit, consécutif à l'allaitement.

On constate une tumeur grosse comme un œuf de poule au-dessous du mamelon. A ce niveau la peau est rouge et on perçoit de la fluctuation profonde.

21 avril. — *Opération.* — Bromure d'éthyle. Incision dans le pli sous-mammaire. La glande est relevée et la collection largement ouverte.

Drainage à la gaze stérilisée.

Pansement légèrement compressif.

1er mai. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XVIII

Abcès du sein droit

Mme L..., primipare, accouchée le 26 janvier 1908, à la Maternité de Lariboisière ; accouchement normal.

Le quatrième jour, gerçure au sein droit ; l'enfant continue à téter pendant huit jours.

Le douzième jour la malade se plaint de souffrir du sein qui devient rouge, et elle y applique des cataplasmes et de la pommade.

Trois jours après l'abcès s'ouvre de lui-même à l'extérieur

Au moment de l'entrée dans le service, le 15 février, on constate une ulcération superficielle au niveau de la face externe du sein droit. Induration en masse de toute la portion inféro-externe de la glande. Plusieurs pertuis s'ouvrent dans l'ulcération. Suppuration assez abondante.

18 février. — *Opération.* — Sous chloroforme. Incision dans le pli sous-mammaire, décollement et retournement de la glande. Ouverture d'une vaste cavité purulente avec des brides nombreuses qui sont rompues, et on élargit le trajet qui fait communiquer cette cavité avec la poche sous-cutanée ouverte à l'extérieur.

Lavage à l'eau oxygénée.

Drainage à la gaze, et l'on fait ressortir une mèche par l'ulcération superficielle débridée.

Pansements et grands lavages quotidiens à l'eau oxygénée.

La plaie bourgeonne et se comble rapidement.

24 février. — La plaie supérieure est fermée.

3 mars. — La malade quitte l'hôpital et revient se faire panser.

15 mars. — Gérison complète.

OBSERVATION XIX

Abcès du sein (le côté n'est pas indiqué)

Mme R..., entrée le 26 février 1908 avec un petit abcès du sein qui est ouvert par une incision radiée.

La suppuration ne se tarissant pas et de plus constatant l'existence d'un noyau induré dans la glande, la malade est opérée à nouveau le 12 mars. Bromure d'éthyle. Incision sous-mammaire qui donne issue à un grand verre de pus.

Drainage à la gaze.

Lavages quotidiens.

Sortie à la fin de mars complètement guérie.

OBSERVATION XX

Abcès multiples du sein gauche

Félicie L..., âgée de vingt ans, entrée à Lariboisière le 7 mars 1908. Primipare, accouchée le 9 février d'une fille qu'elle allaita pendant douze jours. Elle cesse l'allaitement à cause de gerçures au sein gauche, qui bientôt devient douloureux et rouge.

Au moment de l'entrée la glande en entier est dure au toucher.

Pansement humide compressif.

11 mars. — *Opération.*— Anesthésie au bromure d'éthyle. Incision curviligne sous-mammaire. La face profonde de la glande mise à jour, on recherche le foyer purulent. Plusieurs petits foyers disséminés dans la glande sont ouverts, ainsi qu'une vaste collection superficielle.

Grand lavage et drainage à la gaze.

Les jours suivants, lavages quotidiens à l'eau oxygénée. La malade sort le 21 mars et peut être considérée comme guérie. La suppuration est tarie et il ne reste qu'une plaie superficielle au niveau de l'incision, qu'elle viendra faire panser tous les trois jours.

OBSERVATION XXI

Abcès multiples du sein droit

Mme B.., vingt et un ans, ménagère, entrée le 14 mars 1908 à Lariboisière. Enceinte de huit mois. Depuis décembre souffre du sein droit. Au mois de février deux abcès sont incisés à la consultation. Malgré cela, le sein est gros, tuméfié, douloureux.

16 mars. — *Opération.* — Sous bromure d'éthyle. Large incision en suivant le sillon sous-mammaire. On relève la glande avec le lambeau cutané, et recherche des foyers au bistouri. On en trouve une dizaine, quelques-uns très volumineux.

Deux gros drains sont placés sous la glande. Trois points de suture.

Suites fort simples. Lavages quotidiens. Les drains sont enlevés au troisième pansement et la cavité drainée à la gaze.

30 mars. — La malade sort de l'hôpital.

Guérison complète le 8 avril.

OBSERVATION XXII

Abcès du sein droit

Anna W..., vingt-cinq ans, accouchée le 22 avril 1908 à la Maternité de Lariboisière. Deux abcès sont ouverts par des incisions radiées.

19 mai. — Elle entre salle Elisa Roy avec un nouvel abcès faisant saillie à la partie inféro-externe du sein droit.

20 mai. — *Opération.* — Sous chloroforme. Incision curviligne dans le sillon sous-mammaire. On relève la glande sous laquelle on met à jour une vaste poche purulente. Issue d'une notable quantité de pus et d'une épaisse membrane sphacélée paraissant provenir de la paroi de l'abcès.

L'exploration de la glande par sa face profonde permet de découvrir deux autres foyers qui sont incisés.

Drainage à la gaze stérilisée après lavage à l'eau oxygénée.

Lavages quotidiens.

Sortie presque complètement guérie le 2 juin.

OBSERVATION XXIII

Abcès du sein droit

M^me^ C..., trente et un ans. Abcès du sein droit ouvert spontanément un peu au-dessus et en dehors du mamelon.

Etiologie inconnue. N'a jamais été enceinte. A commencé à souffrir du sein, il y a huit jours environ ; en même temps elle s'est aperçue de la présence d'une petite tumeur au niveau de la partie externe de la mamelle. Rougeur diffuse, l'ulcération laisse échapper un pus jaunâtre, crémeux ; on perçoit un noyau induré assez volumineux à l'intérieur de la glande.

2 octobre. — *Opération*. — Chloroforme. Incision curviligne dans le sillon thoraco-mammaire. La glande est relevée et l'abcès incisé par sa face profonde. On constate un trajet très étroit, faisant communiquer la cavité de l'abcès avec l'ulcération superficielle. Débridement de ce trajet.

Le reste de l'organe paraît sain.

Mèche de gaze passant par les deux ouvertures. Tamponnement de la plaie à la gaze stérilisée.

Lavages quotidiens.

Sortie le 9 octobre. Plaie supérieure fermée. Il n'existe plus dans le sillon sous-mammaire qu'une plaie peu profonde et bourgeonnant rapidement, que la malade viendra faire panser tous les trois jours.

CONCLUSIONS

Très souvent multiples, simultanés ou successifs, les abcès du sein sont ordinairement disséminés dans toute l'étendue de la glande, occupant de préférence les lobes inférieurs et externes.

La cavité de ces abcès est presque toujours anfractueuse, présentant des diverticules nombreux qui peuvent retenir le pus.

Le pus a une grande tendance à se faire jour sous la peau, ou dans le tissu conjonctif sous-mammaire, parfois même dans les deux points à la fois, constituant alors l'abcès en « bouton de chemise. »

Si l'on tient compte de ses caractères anatomiques, le traitement des abcès du sein doit être exclusivement chirurgical.

L'incision thoraco-mammaire qui peut seule conduire sur tous les foyers, permet l'exploration méthodique de la glande et respecte l'intégrité des canaux galactophores.

De plus en évitant les incisions successives sur la face antérieure du sein et par sa position déclive, c'est elle qui paraît répondre le mieux au souci esthétique.

Vu : le président de la thèse,
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Arbel. — De la galactophorite. Thèse de Paris, 1890.

Arthuis. — Du phlegmon et des abcès parenchymateux de la mamelle. Thèse de Paris, 1876.

Bailleul. — Des abcès du sein et de leur traitement. Thèse de Paris, 1878.

Bœckel. — Académie de Méd., 30 avril 1889.

Boissard. — De la galactophorite. Sem. méd., 11 octobre 1893.

Bonan. — Abcès du sein pendant la grossesse. Thèse de Montpellier, 1903.

Boutet. — Des abcès du sein pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1894.

Bratsano. — Traitement des mastites. Gaz. méd. d'Orient, 1900, XLIV.

Brindeau. — De la galactophorite. Sem. méd., 11 octobre 1893.

— Traité d'Obstétrique de Tarnier et Budin.

Briot. — Contribution à l'étiologie et au traitement de la mammite post-puerpérale. Thèse de Paris, 1876.

Budin. — De la galactophoro-mastite. Leçon faite à la Clinique d'accouchements, 1888.

— Clin. obst., p. 439. Paris, 1889.

— Bulletin académie de Méd., 1889.

Bumm. — Sammlung Klin. Vorträge, n° 282, p. 10 et 11.

Cataliotti. — De la galactophorite. Thèse de Paris, 1889.

Chassaignac. — Mémoire sur le traitement chirurgical des abcès du sein. Gaz. méd., 1855.

— Traité de la Suppuration, t. II, p. 261.

Chirié et *David.* — Communication à la Soc. d'Obst., 19 décembre 1906.

Daniel. — Des abcès glandulaires du sein. Thèse de Paris, 1882-1883.

Delbet. — Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus.

Demelin et *Gadaud.* — Bullet. Société obst. Paris, 1900.

Dubois. — Abcès du sein traité par la méthode oxygénée Gaz. de Gynécol. Paris, 1906.

Duplay. — Des abcès du sein. Progrès médical, 1891.

Ely. — Inflammations aiguës de la mamelle. New-York med. Journ., 3 déc. 1892.

Gille. — Etude sur les abcès du sein et sur leur traitement. Thèse de Paris, 1873.

Glantenay. — Valeur séméiologique et thérapeutique de l'expression mammaire localisée au lobe malade, dans la galactophorite. J. des Praticiens, 1899.

Gontier. — Traitement des phlegmasies mammaires par réfrigération. Thèse de Paris, 1902.

Gosselin. — Clin. chirurg. Charité, 1879, t. II.

Hache. — Sur la guérison rapide des abcès intra-glandulaires du sein. Rev. de Chirurgie, mars 1892.

Herpin. — Etude sur le traitement des abcès chauds post-puerpéraux du sein. Thèse de Paris, 1876.

Klob. — Pathol. anat. des weibl. Sexualorganen. Wien., 1864, p. 511.

Labbé et *Coyne.* — Traité des tumeurs bénignes du sein. Paris, 1876.

Lehallais. — Etiologie et traitement des abcès parenchymateux du sein chez les nouvelles accouchées. Thèse de Paris, 1878.

Marmaduke Sheild. — Soc. de Méd. de Londres, 27 avril 1896.

Marsh. — New-York Med. Journ., 9 mars 1889.

Mendailles. — Des mastites puerpérales et de leur traitement. Thèse de Paris, 1895-1896.

Mendelssohn (E.). — Contribution à l'étude de la galactophorite. Thèse de Paris, 1902.

Milhiet. — Traitement des abcès du sein. Belgique méd., 1900.

Nélaton. — Pathologie chirurgicale, t. IV.

Piante. — Etude sur la genèse et le traitement des abcès du sein. Thèse de Lyon, 1885.

Piorry. — Des maladies du sein chez les nouvelles accouchées et les nourrices. Thèse de Paris, 1875.

Ricard. — Etude sur certains abcès du sein pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1880.

Seuilliet. — Du traitement médical des inflammations circonscrites, aiguës du sein. Thèse de Paris, 1908.

Tillaux. — Abcès chauds du sein. Presse médicale, 1904.

Velpeau. — Traité des maladies du sein.

— Cliniques chirurgicales, t. II. p. 152.

Verneuil. — Bullet. de la Soc. de Chir., 1890, p. 237.

Vézard. — Incisions esthétiques thoraco-abdominales. Thèse de Paris, 1908.

Vitet. — Des abcès du sein pendant la grossesse chez les primipares. Thèse de Paris, 1903.

Wallich. — Eléments d'obstétrique.

Weber. — Guérison prompte et radicale des abcès du sein. Nouveau procédé. Am. J. Obst. N.-Y., 1893, XXVII.

Imp. de la Faculté de médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.